

传统DIP向总额控制下的DIP转型分析*

曹晓琳^①, 张小娟^①, 聂子璐^①, 刘阳^①, 彭博^①, 叶媛^①, 蒋瑶^②, 郭文丽^③, 李亚子^①

摘要 芜湖市作为国内较早一批探索按病种分值付费的城市之一, 通过多年实践探索出了病种标准、医院系数、特例单议、个人负担控制比例、费用结算、医院互查及沟通协商等一套传统的按病种分值付费体系。为顺应国家医保支付方式改革趋势, 文章依据芜湖市经验就如何实现传统按病种分值付费向总额控制下基于大数据的按病种分值付费模式的转变, 如何实现“同病同城同保障”, 为按病种分值付费与特殊医疗需求的矛盾等问题提出建议。

关键词 医保支付方式; 按病种分值付费; 总额控制; 实践经验

中图分类号 R1-9; F840.613 **文献标志码** B **文章编号** 1003-0743(2023)01-0033-04

Analysis on the Practice of Traditional Diagnosis-Intervention Packet (DIP) and the Transformation Mode to National DIP/CAO Xiao-lin, ZHANG Xiao-juan, NIE Zi-lu, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(1):33-36

Abstract As one of the first cities in China to explore Diagnosis-Intervention Packet (DIP), Wuhu has explored a complete set of payment system through many years of practice, such as disease type standard, hospital coefficient, special case single negotiation, personal burden control proportion, cost settlement, hospital mutual inspection, communication and negotiation. In order to conform to the reform trend of the national medical insurance payment method, suggestions are made on how to realize the transformation from the traditional DIP to the based on big data under the total control, how to realize the same disease, the same city and the same security, and how to deal with the contradiction between the DIP and special medical needs.

Keywords medical insurance payment method; Diagnosis-Intervention Packet; total amount control; practical experience

First-author's address Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100020, China

Corresponding author LI Ya-zi, E-mail: li.yazi@imicams.ac.cn

医保制度改革成功与否的关键之一就是付费方式是否科学合理^[1]。医保支付方式改革作为深化医改的关键点和突破口, 是规范医疗服务行为、控制医疗费用无序增长、提高医保基金使用效率的重要方法^[2-3]。按病种分值付费 (Diagnosis-Intervention Packet, DIP) 作为我国新探索的一种付费方式, 从2013年开始在宿迁、南昌、淮安、银川、广州和上海等地进行了探索, 有效调动医疗机构主动控费的积极性, 遏制了医疗费用的增长以及患者个人自付水平的下降^[4-5]。实践证明, DIP是一种值得借鉴的创新支付制度^[6]。

2020年10月, 国家医疗保障局印发《区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案》, 把点数法和区域总额预算结合, 实现住院医疗费用全覆盖, 选定了71个城市作为国家试点城市, 并于2021年底已全部实现实际付费。DIP作为我国原创的支付方式, 由于运行时间较短, 较难评估其实施效果, 提出改进建

议^[7]。因此, 本研究以2014年城镇职工医保住院费用实施DIP的芜湖市为例, 进行个案分析, 了解付费工作具体做法, 并就如何实现传统DIP向总额控制下基于大数据的DIP模式的转变提出改进建议。

1 按病种分值支付方式的作法

1.1 编制病种标准

1.1.1 明确病种分组。芜湖市病种分组主要是病种加治疗方式的组合, 分组的依据是省级综合医疗机构、专科医疗机构等专家共同确定的病种覆盖面、病种分组定额标准等内容, 并将病种分组目录、定额标准等内容下发至各医疗机构征求意见后, 最终定稿。

1.1.2 明确每组病种分值。从医保系统和各定点医疗机构病案系统调取近3年的记录, 根据国际疾病分类ICD-10标准和手术、非手术分类, 选取每年实际发生数在5例以上的病种, 计算每个病种的平均费用, 组织相关医疗专家对每个病种的分值进行评定, 形成了2 228条病种目录和相应的分值, 病种数占城镇职工常见病、多发病的75%。

1.2 确定医院系数

按照前3年各定点医疗机构实际发生的医疗费用和医保支付费用均值, 并参考医疗机构等级、实际医疗机构诊疗量等, 将医疗机构划分为7个等级, 并赋予相应的分配系数。芜湖市的医疗机构7个等级分配系数分别是1.00、0.85、0.80、0.75、0.65、0.60及0.50。

1.3 建立目录以外规则

对于暂未公布分值的病种, 其病种分值=按原结算

* 基金项目: 中国医学科学院医学信息研究所/图书馆2019年度重点科研专项 (2019ZD003); 北京市社会科学基金项目 (19XCB004)。

① 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

② 贵州省医保基金运行服务中心 贵阳 550002

③ 北京邮电大学图书馆 北京 100876

作者简介: 曹晓琳 (1991—), 女, 博士学位, 助理研究员; 研究方向: 卫生政策, 医疗保障; E-mail: caoxiaolin2016@163.com。

通信作者: 李亚子, E-mail: li.yazi@imicams.ac.cn。

办法结算住院医疗费用金额的80%÷当月分值单价。月度分值单价=月度住院医疗费用预算总额(或市区月度职工医保住院医疗费用总额)÷市区定点医疗机构当月结算分值总和。

1.4 建立特例单议制度

对于病情显著特殊、治疗情况复杂,按出院主要诊断确定的分值有显著偏差的病种,按照特例单议制度进行医保费用支付。由医保部门选择副高级以上职称的医疗专家组成医保病种分值评估委员会,每月审定特例以满足医疗机构的合理诉求。

1.5 设置个人负担控制比例

芜湖市医疗保险经办机构根据各定点医疗机构前3年的平均水平,按照医疗机构系数设置了1.00%~7.00%的个人负担控制比例。超控制比例时,将从定点医疗机构医保基金支付额中扣除,最大限度地限制了医疗机构的过度医疗行为,减轻了患者负担(表1)。具体比例由医疗保险经办机构根据各定点医疗机构前3年的平均水平设置。

表1 芜湖市定点医疗机构各等级系数所对应的个人费用控制比例

等级系数	费用控制比例 (%)
1.00	7.00
0.85	6.00
0.80	4.00
0.75	3.00
0.65	2.00
0.60	1.50
0.50	1.00

1.6 费用结算

病组费率和报销施行以“单定额”为主的按病种分组付费算法^[8]。在病组医保支付标准、医保基金和患者支付比例确定后,原则上医保基金按照医保支付标准与医保基金支付比例来确定医保基金支付定额;患者按照实际发生费用与个人支付比例来确定个人负担费用;医保基金支付定额与个人负担费用之和与当次实际费用的差额部分由医疗机构承担,结余部分留用。

以省级公立医院收治Ⅱ型糖尿病性肾脏病为例,说明病组费率、患者支付比例、医保报销金额等关系。医保为Ⅱ型糖尿病性肾脏病(编码:ZDZ1259),主要非手术中西医综合治疗病组的支付额度为9 000元,医保报销标准为40%,则医保报销的定额为3 600元;患者自付标准为60%。如患者一次就医住院费用为10 000元,则医保和患者共支付给医院的费用:3 600元加上患者自付6 000元为9 600元,则医院需要补差额400元。如果该次住院费用为8 000元,则医保和患者共支付给医院的费用:医保报销3 600加上患者自

付4 800元为8 400元,则医院节省400元。

1.7 推行各定点医疗机构互查制度

由医保部门会同卫生健康和财政等部门,按季度组织各医疗机构之间病种分值的互查。一方面,核查定点医疗机构是否遵循合理检查、合理用药、合理治疗原则,是否执行首诊负责制和遵守转院及出、入院指征等;另一方面,促进医疗机构间相互学习,营造公平公正的医保环境。

1.8 建立沟通协商机制

医保经办机构每月核对上传数据时,发现疑似不合理费用,将抽样5%的病历进行审核,发现违规费用,医保经办机构将违规费用乘以20,进行放大拒付;通过特例单议审核,审核违规费用直接向医疗机构反馈审核情况。准许医疗机构上诉,如医疗机构能够列出客观理由,医保经办机构将与定点医疗机构面对面沟通,可以不予拒付。倒逼医疗机构加大医保政策的宣传学习和运用,控制目录外费用,防范违规支出发生。

2 按病种分值支付方式实施成效

2.1 实现了总量控制,保障了医保基金收支平衡

2018年住院率控制在14.75%,次均住院费用增长率为1.60%;同期,全国平均年住院率为18.20%,次均住院费用增长率为0.55%。医疗费用快速增长得到了合理控制,缓解了支出压力。2018年医保基金收支结余1.28亿元,医保基金收支平衡,运行平稳。

2.2 调动了医疗机构积极性

按病种分值付费扭转了以往按项目付费、总额预算的粗放式管理局面,医疗机构多劳多得,有效解决了改革前总额结算方式,到年末突破总额控制后出现的推诿患者的现象^[9]。采取月度预结算和年终决算相结合的方式,不但有效保证了医保基金的安全,也调动了医疗机构的积极性。

2.3 促使医疗机构行为转变

由于医保总额一定,使用病种分值实际上建立了定点医疗机构之间的竞争机制^[10],对于同一病种,发生医疗费用相对低的医疗机构实际可获得的医保补偿费用就会相对多,一定程度上激发了医疗机构自觉控制医疗成本的动力,进行合理诊疗,转变服务方式。

2.4 住院率显著下降,基金使用效率提高

2015—2018年,芜湖市医保患者住院率持续下降,分别为18.32%、15.17%、15.67%、14.76%,而同期全国住院率由15.30%上升至18.20%。住院次均费用基本稳定在9 000元左右,分值单价由2015年0.69元提高至2018年0.90元,重复入院现象逐年减少。

2.5 遵循了医学的科学性

病种分值根据疾病诊断、治疗方式及发生费用计算得到,客观体现了不同疾病之间的费用关系,也体

现了医学本身的科学性。

3 尚存问题

3.1 芜湖市的DIP与基于大数据病组分值付费的差异分析

3.1.1 分组依据差异比较。芜湖市分组操作比较简单，由不同的医疗专家结合历史数据确定分组及分值，分值确定方法的主观性较强，医生和病案人员容易理解。医疗机构上线的基础要求不是太高，上线初期主要利用分值法解决了年底医疗机构推诿病人的弊端，再入院率、次均费用和平均住院日得到了较好的控制，医保基金运行稳定。国家DIP分组则是以历史病历为基础，通过海量数据进行聚类计算^[11]。

3.1.2 分组颗粒度差异比较。芜湖市仅有2 228个分组，手术分值区分度不高，难度相当或者成本相近的手术分组较粗，导致医疗机构内部各病组间分值设计合理性有待提高。观察上海、广东的分组情况，同一种疾病不同手术之间的分值差异较大，最大组和最小组之间的差为389分，高分值接近低分值的3倍，因此能够较好区分不同手术的复杂度和费用的差异。

以诊断编码为O36.5，诊断名称为“为胎儿过度生长给予的孕产妇医疗”的分组为例，在芜湖市的病组目录内仅1组，标记为手术、分值为7 000；在上海、广东的分组里面，该诊断下有13组，分值在242~631分，每组之间的分值有较好的区分度，可体现出不同治疗方式费用的差异性。

3.2 较粗的分组颗粒度和分值导致问题凸显

由于分组较少且存在主观意识的干预，分值标准存在一定的不合理性，例如随着参保人员对于健康需求的提升及参保人员年龄、基础疾病等因素的不同，实际发生医疗费用与分值的差异正在不断扩大，但目录内各组更新的及时性不够。而芜湖市病种分值结算办法规定，实际住院医疗费用超过设定分值的1.5倍以上的病例，可申请特例单议。以2018年为例，芜湖市达到申请特例单议标准的住院病例有10 617例，占比为11.83%，金额为2.37亿元，占比更是达到28.35%。其中7 170例申请了特例单议，共计邀请临床专家260余人次参与审核，2015—2018年申报的病例分别是6 651例、6 515例、6 953例，对医疗机构病历整理、中心工作人员的病历分类、分值统计反馈，都造成了不小的难度，消耗了较多的人力和物力，增加了专家评议的成本。

3.3 目前的等级系数设定难以实现同病同城同保障，阻碍分级诊疗实施

芜湖市通过测算各定点医疗机构费用，将医疗机构等级系数设置为1.0~0.5不等，高级别医疗机构的系数显著大于低级别医疗机构，结算时以此来达到调整医疗机构之间的收入分配的目的。但并不区分病种和

其他特殊情况，特别是公立医疗机构药品及医用耗材实现零差价后，矛盾凸显，如临床路径简单的外科手术病种，各医疗机构成本差别不大，但是分值结算时均要乘以医疗机构等级系数，低系数医疗机构收入明显低于高系数医疗机构，难以实现同病同城同保障。因此，低系数医疗机构反映较大，基层医疗机构收治患者的积极性不高。各地在执行时理应设置部分基层病种，对于临床路径简单的病种应实行同病同价，甚至“系数倒挂”来引导分级诊疗，支持基层医疗机构发展。

3.4 病种分值结算与特殊医疗费用结算存在矛盾

一方面，抗癌药物的“落地”作为提升部分参保人员就医幸福感和保障参保人员待遇的重要组成部分，但分值结算只能从疾病诊断来判定分值，并强调医院控费。在分值月结算中，医疗机构对住院使用抗癌药物造成费用较大时，对结算费用产生不利，间接阻碍了抗癌药物的“落地”。另一方面，因医疗水平与人民生活水平的发展，部分患者出现就医的特殊医疗需求，如使用高价进口医用耗材、特需治疗及护理等，与按病种分值结算要求的控制总费用与自付费用比相矛盾，导致患者想自付费用追求更高的医疗服务也得不到满足。

4 建议

4.1 转变为基于大数据的按病种分值付费方式，细化病种目录和分值

芜湖市自职工医保开始实施按病种分值付费方式以来，医保基金连续6年实现了收支平衡、略有盈余的目标，实践证明了DIP在芜湖市的优越性。为发挥医保基金的最大化效益，顺应国家医保支付方式改革趋势，芜湖市的基本医保支付方式遵循国家技术规范，细化现有病种目录，实现从传统按病种分值付费向总额控制下基于大数据的DIP模式的转变。芜湖市医保支付方式改革应力争解决当前分组目录较粗，尤其是同一病组内各种手术分值的区分度不高等问题，采用基于大数据DIP做法，扩展现有病种目录，以形成适合芜湖市疾病分布特点的病种目录^[9]。另外，可更好借鉴智能监控模式，减少特定出院案例的专家评议劳动量，提升医保管理的精细化程度。

4.2 部分病种同病同城同保障可推动分级诊疗实施

参照同病同城同保障的思路，病种分值设计和医疗机构等级系数应体现医疗机构等级差异，以引导大医疗机构治疗疑难重症。新一轮的医保支付方式改革设计中，芜湖市积极探索同病同城同保障的实现方式，既同一种疾病在不同级别的医疗机构患者自付费用接近、医保报销额度相近，总费用由医疗机构实际发生费用确定。同时，建立分值动态调整机制，结合分级诊疗制度，将分值向三四级手术病种倾斜，合理

降低一二级手术病种的分值，促使三级医疗机构控制过度医疗行为的发生^[12]。同时，规范医疗机构等级系数的设定，促进医疗资源下沉和分级诊疗，逐步实现同病同城同保障。通过分值和奖励机制等方法，促使一二级手术病种留在基层，三四级手术到三级医疗机构完成^[13]。

4.3 调整自费控制比以满足多元化就诊需求

对参保人员的特需医疗需求，应动态化调整医院自费控制比，并逐步建立医用耗材限价管理机制，并向参保人公开医用耗材招采网，并明确对耗材医保报销情况公示，使参保人员能够根据自身病情、经济等因素来选择耗材，提升群众就医的满意度和幸福感。

参 考 文 献

[1] 涂小凤, 李敏, 程旭初. 南昌: 按病种分值付费[J]. 中国社会保障, 2014(8):76-77.
 [2] 乔家骏, 朱兆芳, 井淇, 等. 基于案例分析的按人头付费支付方式改革探讨[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(5): 358-361.
 [3] 匡绍华, 井淇, 朱兆芳, 等. 按人头付费支付方式改革案例分析[J]. 中华医院管理杂志, 2019, 35(5): 353-357.
 [4] 芦丰, 宋静, 孙晓阳, 等. 淮安市按病种分值付费的实证研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2014, 14(4): 280-283.

[5] 李锦汤, 张艳纯, 李劲佩. 广东全面开展按病种分值付费的进程和初步成效[J]. 中国医疗保险, 2018(4):44-46.
 [6] 张博, 刘涛, 龚福玲. 总额控制下的按病种分值付费评价——基于银川市实践[J]. 中国医疗保险, 2016(7):35-38.
 [7] 王樱. 总额控制下按病种分值结算体系建设实践与思考——基于淮安市15年经验总结与回顾[J]. 中国医疗保险, 2018(12):16-19.
 [8] 徐雨虹, 吴建, 王艳清, 等. DIP付费模式下医院成本管理数字一体化平台建设研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(8): 89-92.
 [9] 杨阳, 张煜琪, 朱豫虹, 等. DIP付费下公立医院耗材费用精益管控实践研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(4):78-83.
 [10] 许速, 邬惊雷, 谢桦, 等. 基于大数据的病种分值付费研究: 来自上海和广州经验[J]. 中华医院管理杂志, 2021, (3):186-190.
 [11] 杨阳, 张煜琪, 朱豫虹, 等. DIP付费下以业财管信融合模式赋能公立医院精益运营体系构建[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(2):88-92.
 [12] 陈曼莉, 赵斌. 实行按病种分值付费制度的实践经验及启示[J]. 中国卫生经济, 2017, 36(6):38-41.
 [13] 向国春, 王佳伟, 陈运山. “粤北模式”的按病种分值付费政策实施效果研究[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(5): 15-18.

[收稿日期: 2022-10-21] (编辑: 杨威)

(◀◀上接第32页◀◀)

参 考 文 献

[1] 湛基东. 医保支付方式现状与改革因应[J]. 新西部, 2017 (24):11-12.
 [2] BERELSON B. Content analysis in communications research[J]. American political science association, 1952, 46(3): 869-873.
 [3] 曹凯. 门诊医保支付改革来袭[J]. 中国医院院长, 2022, 18 (6):36-42.

[4] 吴友妹, 缪艳瑶, 徐美君, 等. 以内镜治疗编码为例分析病案首页质量对医保支付的影响[J]. 中国医院统计, 2022, 29(3):192-195.
 [5] 黄晓, 朱丽云, 梁力中, 等. 探索建立适合中医药发展的医保支付体系[J]. 中国医疗保险, 2022(5):98-101.
 [6] 潘虹, 黎鼎如. 我国医保智能审核系统应用现状分析[J]. 中国医院管理, 2019, 39(2):68-69.

[收稿日期: 2022-10-29] (编辑: 张红丽)

连续出版物中的析出文献类参考文献著录格式及示例

析出文献主要责任者. 析出文献题名[文献类型标识/文献载体标识]. 连续出版物题名:其他题名信息,年,卷(期):页码[引用日期]. 获取和访问路径. 数字对象唯一标识符.

示例:

[1] 袁训来, 陈暂, 肖书海, 等. 蓝田生物群: 一个认识多细胞生物起源和早期演化的新窗口[J]. 科学通报, 2012, 55(34): 3219-3227.
 [2] KANAMORI H. Shaking without quaking [J]. Science, 1998, 279(5359):2063-2064.